

平成30年度診療報酬改定関係疑義照会票

* お手数ですが、疑義照会票1枚につき、1内容の照会としていただきますようお願いいたします。

送信先	関東信越厚生局茨城事務所
FAX番号	029-277-1336

※太枠の中をご記入ください。

【照会元】	照会日	平成	年	月	日
保険医療機関(薬局)の名称					
医療機関(薬局)コード	7桁のコード				
ご担当者氏名	(担当部署名:)				
ご連絡先(電話番号)					
送付枚数(本紙を含)	枚	連絡可能時間	時	まで	

該当点数表	医科・歯科・薬局 その他()	区分番号 (例)初診料・・・「A000」等	
照会項目 (いずれかに○)	算定方法等関係 ・ 施設基準等届出関係 ・ その他()		

【照会件名】	(※点数表等の具体的な名称を記載してください。)
【具体的な内容】	(※スペースが不足する場合は続紙(様式自由)に記載してください。また、添付資料がある場合は必要な資料を添付してください。)

* 例年、3月末以降に厚生労働省から「(事務連絡)疑義解釈資料の送付について(その1～)」が発出されますので、その解釈を確認のうえ、ご照会くださるようお願いいたします。

なお、厚生労働省からの通知等については、厚生労働省ホームページに掲載されますので、随時、ご確認くださいようようお願いいたします。

* 回答は電話にて行います。内容により厚生労働省に照会をするため、回答までに時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。